FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901 — THÈSE N° 56

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 27 Novembre 1901, à 1 heure*

PAR

SÉRAPHIN DALMAIS

Né à Allevard (Isère), le 8 mai 1874.

# DE L'INFECTION RHUMATISMALE

DANS SES

## Localisations cardiaques primitives

*Président* : M. LANDOUZY, Professeur.

*Juges* : MM. HANRIOT, Professeur.
NETTER et RICHARD Agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
L. BOYER
15 — Rue Racine — 15
1901

36

# THESE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901 — THÈSE — N°

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 27 Novembre 1901, à 1 heure*

PAR

SÉRAPHIN DALMAIS

Né à Allevard (Isère), le 8 mai 1874.

# DE L'INFECTION RHUMATISMALE

DANS SES

## Localisations cardiaques primitives

*Président :* M. LANDOUZY, Professeur.

*Juges : MM.* HANRIOT, Professeur.
NETTER et RICHARD Agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
L. BOYER
15 — Rue Racine — 15

1901

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. BROUARDEL. |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | FARABEUF. |
| Physiologie | Ch. RICHET. |
| Physique médicale | GARIEL. |
| Chimie organique et chimie minérale | GAUTIER. |
| Histoire naturelle médicale | BLANCHARD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD. |
| Pathologie médicale | HUTINEL. / BRISSAUD. |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE. |
| Anatomie pathologique | CORNIL. |
| Histologie | Mathias DUVAL. |
| Opérations et appareils | BERGER. |
| Matière médicale et pharmacologie | POUCHET. |
| Thérapeutique | N... |
| Hygiène | PROUST. |
| Médecine légale | BROUARDEL |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | DÉJERINE. |
| Pathologie comparée et expérimentale | CHANTEMESSE. |
| Clinique médicale | LANDOUZY. / HAYEM. / DIEULAFOY. / DEBOVE. |
| Maladies des enfants | GRANCHER. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale | JOFFROY. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | FOURNIER. |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND. |
| Clinique chirurgicale | TERRIER. / DUPLAY. / LE DENTU. / TILLAUX. |
| Clinique ophthalmologique | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | GUYON. |
| Clinique d'accouchement | BUDIN. / PINARD. |
| Clinique gynécologique | POZZI. |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON. |

## Agrégés en exercice.

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| ACHARD. | DUPRE. | LAUNOIS. | RICHAUD. |
| AUVRAY. | FAURE. | LEGRY. | TEISSIER. |
| BESANÇON. | GILLES de la TOURETTE. | LEGUEU. | THIÉRY. |
| BONNAIRE. | GOSSET. | LEPAGE. | THIROLOIX. |
| BROCA (Aug.). | GOUGET. | MARION. | THOINOT. |
| BROCA (André). | GUIART. | MAUCLAIRE. | VAQUEZ. |
| CHASSEVANT. | HARTMANN. | MERY. | WALLICH. |
| CUNEO. | JEANSELME. | POTOCKI. | WALTHER. |
| DEMELIN. | LANGLOIS. | REMY. | WIDAL. |
| DESGREZ. | | RENON. | WURTZ. |

*Chef des Travaux anatomiques :* M. RIEFFEL, agrégé.

---

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR LANDOUZY

Professeur de la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Laennec

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier d'Académie

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A M. LE DOCTEUR CHAMPETIER DE RIBES

Accoucheur des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Hommage respectueux de sincère reconnaissance.*

## AVANT-PROPOS

Notre intention primitive, notre devoir aussi, était de demander à M. le Dr Champetier de Ribes, qui fut notre maître en l'art difficile des accouchements, le sujet de notre thèse inaugurale. Des raisons d'ordre intime, et dans lequelles, nous en avons la pleine conviction, entrera aisément le maître vénéré auquel s'adressent ces lignes, nous inspirèrent, quelque temps avant la fin de nos études, une insurmontable répugnance pour tout sujet ayant quelque rapport avec l'obstétrique ; c'est alors que, contraint de quitter momentanément Paris, nous eûmes la bonne fortune d'observer un cas pathologique qui nous parut intéressant et qui nous a suggéré l'idée d'étudier, dans ce modeste travail, l'infection rhumatismale en elle-même et dans l'une des formes les plus importantes de ses manifestations viscérales, — la manifestation cardiaque, veux-je dire. L'étude de cette observation, la lecture des principaux ouvrages que les maîtres de la littérature médicale ont consacré à ce point de pathologie, ainsi que celle de

quelques thèses plus particulièrement intéressantes de nos devanciers, nous ont amené à nous former la conception un peu spéciale de cette question que nous allons développer dans les pages qui suivront.

Et d'abord voici l'observation qui sert de base à notre travail.

## Observation I.

*(Personnelle.)*

Marcelle C..., âgée de 19 ans, est une grande belle fille, blonde, qui a toujours passé dans sa famille pour avoir une bonne santé. Les petits malaises dont elle a souffert jusqu'au mois de juin dernier n'ont jamais présenté aucun caractère de gravité et n'ont été ni plus marqués ni plus nombreux que ceux que l'on observe, à l'ordinaire, chez les jeunes filles.

Elle a eu la rougeole à l'âge de trois ans, peut-être la coqueluche, mais n'a pas eu d'autres maladies d'enfants ; notamment n'a pas eu la scarlatine.

Réglée à quatorze ans sans trop de souffrances, les menstrues se sont continuées assez régulièrement.

Le père est mort jeune d'une pneumonie infectieuse grippale en 1889. Il était arthritique, hémorroïdaire, mais n'avait jamais eu de crises rhumatismales. La mère vit encore et se porte bien. Elle ne paraît pas avoir de tares constitutionnelles. Un frère, âgé de 14 ans, à part la varicelle et la rougeole, n'a jamais été malade.

En juin dernier, Marcelle C... fut prise de malaises assez obscurs. Elle ne pouvait définir ce qu'elle éprouvait. C'étaient tantôt des éblouissements, des palpitations de cœur, tantôt des migraines, de la fièvre, des transpirations. Mais tous ces accidents disparaissaient bientôt, laissant un repos de quelques jours pour reparaître avec la même intensité.

La famille s'inquiète bien un peu de cet état anormal et survenant en quelque sorte brusquement au milieu d'une santé parfaite, mais on le mit sur le compte de l'âge ou du nervosisme. « Elle devient neurasthérique », disait-on et on attendait une nouvelle crise. Aucun médecin ne fut consulté, jusqu'au jour où nous eûmes l'occasion de voir notre jeune parente.

C'était en août. Elle avait depuis cinq jours des palpitations assez fortes, réveillées par les moindres mouvements, et elle était obligée de garder le lit. De plus, cette crise actuelle s'était accompagnée contrairement aux précédentes, d'une syncope qui avait fort émotionné son entourage.

Nous fûmes prié d'examiner la malade et nous fûmes frappé de ce que nous donna l'auscutation notre idée s'étant dès le début, dirigée vers une affection cardiaque.

Nous constatâmes un souffle systolique à la pointe, occupant tout le premier temps et le petit silence. Rien au second temps. Les bruits de l'artère pulmonaire sont normaux. Le pouls est petit mais ne présente d'irrégularité et de faux pas que toutes les vingt pulsations. Il n'y a pas encore de phénomènes de stase veineuse.

Nous nous trouvions donc, du moins nous le pensions, en présence d'une insuffisance mitrale pure débutant sans cause apparente. Notre situation toute particulière dans la famille et l'état relativement inquiétant de la malade, état bizarre tout au moins nous fit conseiller d'appeler le médecin habituel. Il ne put que constater les signes cliniques dont nous parlons plus haut et prescrivit un vésicatoire sur la région précordiale et du sirop de Convallaria Maïalis.

Le lendemain, l'état du cœur ne s'était pas modifiée, mais il y avait eu une élévation de température qui ne fut pas prise au thermomètre, mais assez sensible pour avoir été notée ; on était alors au 12 août.

Le 13, la malade se plaint d'une légère douleur dans l'épaule gauche ; cette douleur s'exaspère lorsqu'elle veut faire faire un mouvement à l'articulation ; mais on ne fait pas encore le diagnostic de rhumatisme articulaire. Cette douleur, légère, nous le répétons, ayant été prise pour un simple refroidissement. La malade avait eu pendant la nuit, des sueurs profuses. T. = 38,5.

Le 14, la douleur articulaire a augmenté et le moignon de l'épaule présente un peu de rougeur et d'empâtement. Il est impossible de faire faire le moindre mouvement sans faire pousser un cri à la malade. On entoure l'articulation d'ouate et on donne du sulfate de quinine. Les sueurs se sont reproduites. T. = 38,9.

Le 15, l'article est des plus douloureux ; la malade n'a pas dormi. La langue est sale, l'état général paraît s'être aggravé, le coude gauche est sensible et la malade ne peut relever le bras qu'avec beaucoup de difficulté. Sueurs abondantes pendant la nuit. T. = 39,2.

Le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu est porté et le traitement par le salicylate de soude établi.

Les 16, 17, 18, 19, la maladie semble suivre son cours, le coude est devenu de plus en plus sensible, de plus en plus tuméfié, mais en revanche l'état de l'épaule s'est amélioré. Il semble que le mouvement de cette articulation serait possible, si, en voulant la faire mouvoir le coude ne subissait forcément quelques secousses qui rendent cette tentative par trop douloureuse. La température n'a pas baissée, elle se tient toujours aux environs de 39°, ne baissant, le matin, que de quelques dixièmes. L'état général est le même, langue sale, inappétence, sueurs nocturnes. Le cœur présente toujours les mêmes signes sthétoscopiques.

Le 20, après une nuit mauvaise (insomnie et crises douloureuses), la température s'est élevée à 39°4 (température

du matin), le genou droit et le pied gauche sont le siège de tuméfaction douloureuse, et comme pour les deux articulations qui, déjà ont été prises, la raideur paraît être le prélude d'une nouvelle poussée.

Le 21, en effet, ces deux articulations ont absolument suivi la même marche que les articulations des membres supérieurs et sont le siège d'une inflammation articulaire typique La température s'est légèrement abaissée : 38,5. Les articulations du coude et de l'épaule ne sont presque plus sensibles. Il ne persiste que de la raideur qui ne devient douloureuse que si l'on exagère le mouvement.

Le 22 et les six jours suivants, le même état est constaté, la température n'est pas abaissée et évolue entre 38°2 et 38°8.

Le 30 août, alors que l'on constatait nne légère rémission des accidents du côté des articulations déjà malades, le poignet droit se prend. Cette nouvelle rechute est précédée d'une légère élévation de température : 39°,1. Le cœur pour la première fois depuis une quinzaine de jours a été douloureux en même temps qu'une sensation de pesanteur très nette était éprouvée par lá malade. Cette dernière est très abattue, fortement amaigrie. Les lésions cardiaques ne paraissent pas s'être atténuées mais elles persistent comme au premier jour. Peut être y a-t-il un léger degré d'hypertrophie ; l'action du cœur est énergique et l'on constate une plus grande intensité du choc.

Le salicylate de soude, continué à la dose maxima de 6 grammes par jour, semble avoir eu un effet salutaire. Aucune autre articulation ne s'est prise, et le 15 septembre, un peu plus d'un mois après l'apparition des premières manifestations articulaires, on pouvait être tranquille sur la terminaison heureuse de la maladie.

L'état général considérablement déprimé faisait entrevoir

une convalescence longue. Les accidents cardiaques qui s'étaient manifestés par des symptômes extérieurs dans les derniers jours du mois d'août ne se sont plus fait sentir, mais les signes sthétoscopiques ont persisté et persistaient encore fin septembre, époque à laquelle nous quittâmes la province pour rentrer à Paris.

Nous savons que, mis à part, ces accidents d'insuffisance mitrale, les lésions articulaires sont complètement guéries, toute raideur a disparu. La faiblesse est grande encore mais la malade a pu sortir en voiture et il est probable que la convalescence aurait déjà fait place à la guérison complète si la saison avait été favorable.

## ANALYSE DE L'OBSERVATION

Que se dégage-t-il de l'observation qui précède? Et d'abord, précisons le diagnostic. S'agit-il là d'un rhumatisme articulaire aigu banal tel que le décrivent les auteurs dans les traités classiques? A l'examen superficiel, la réponse par l'affirmative ne serait pas douteuse, et, cependant, nous ne pouvons nous arrêter à cette opinion.

Dans cette observation tous les accidents paraissent bizarres et, en quelque sorte, contraires à ce qui se passe généralement. On peut signaler que, par opposition à ce qui se voit d'ordinaire, la maladie a suivi en quelque sorte une marche descendante, les articulations supérieures ayant été prises les premières. Mais cette considération ne doit pas nous arrêter; elle sort, en effet, du cadre que nous nous sommes tracé; mais en voici d'infiniment plus importantes. Cette jeune fille a présenté, pendant deux mois, des malaises mis sur le compte de la neurasthénie, mais qui sont accompagnés de fièvre et de sueurs d'une nature particulière. Il y a là certainement une infection qui, pour les parents passe inaperçue, qu'un médecin, même inexpérimenté, aurait soupçonnée et dont on ne s'occupe que lorsque les

accidents s'aggravent. Et quelle est aggravation ? Une manifestation cardiaque très nette. Le diagnostic reste en suspens, jusqu'au moment où vient le trancher la crise articulaire. Fièvre, sueurs, mauvais état général, manifestation cardiaque, détermination articulaire, j'insiste, telle est bien la suite des accidents observés. Ajoutons, en outre, que la crise articulaire n'a duré qu'un mois à peine, qu'elle n'a été ici, en quelque sorte, qu'un épiphénomène, une complication, une aggravation d'un état morbide déjà nettement défini, mais non diagnostiqué, état morbide qui a eu sa période d'invasion comme beaucoup de maladies infectieuses, période d'invasion lente, c'est vrai ; mais rappelons-nous que la malade était douée d'une santé excellente, qu'il devait, par là, y avoir chez elle une résistance plus grande, et qu'enfin bien qu'il n'y ait pas eu de traitement médical institué dès le début, les soins hygiéniques et les précautions élémentaires pour éviter les petites crises qui se succédèrent avant l'éveil de la manifestation articulaire, ne furent pas épargnées.

La période de rhumatisme articulaire a donc été courte, et si elle a attiré plus fortement l'attention c'est que, douloureuse, elle obligeait à des soins spéciaux, elle tenait constamment le malade en éveil, provoquant ses plaintes, lui interdisant tout mouvement, la paralysant en quelque sorte ; tandis que la première phase des accidents, la période purement cardiaque, comme on pourrait l'appeler, ne l'empêchait pas de marcher, ne la faisait pas souffrir, n'était désagréable qu'au moment où la prenaient les petites crises dont nous avons parlé.

Le tableau clinique que nous venons d'exposer est-il donc celui que l'on a l'habitude de dépeindre quand on décrit ce que l'on a coutume d'appeler rhumatisme articulaire aigu? Non, certes. Aussi, avions-nous tout d'abord cru avoir affaire à un cas très rare, simple exception à la règle générale. A notre rentrée à Paris, nous dirigeâmes nos recherches sur ce sujet. Dans la littérature médicale française et étrangère, nous trouvâmes relatés d'autres cas analogues; semblables observations nous furent communiquées, dans notre entourage, par des médecins dignes de foi, observations prises, les unes dans leur clientèle privée, les autres dans des services hospitaliers, telle que, par exemple, l'Observation II, qui fut recueillie, à la Charité, dans un service alors momentanément dirigé par notre président de thèse, ce qui ne peut que tendre à confirmer leur valeur. Dans certains auteurs classiques, nous trouvions bien nettement affirmée la possibilité de déterminations cardiaques précédant la crise articulaire, mais alors que, parmi eux, les uns font de ces manifestations car-

diaques primitives des cas exceptionnels, à type renversé, comme dit M. Dieulafoy, les autres, comme M. Huchard, ne les considèrent que comme des manifestations secondaires succédant, à longue échéance, à des crises brusques de rhumatismes infantiles passées souvent inaperçues.

En somme, la définition du rhumatisme, que nous trouvons dans le *Traité de pathologie* de Collet, de Lyon, nous paraît bien résumer l'opinion des auteurs modernes. Voici cette définition :

« On désigne sous ce nom (rhumatisme articulaire aigu) une inflammation aiguë spécifique des articulations susceptibles d'intéresser secondairement différents organes. »

Nous ne pouvons admettre cette conception de ce qu'on appelle le *rhumatisme*. Car il nous paraît impossible d'y faire entrer le cas que nous avons étudié au début de ce travail comme ceux que nous citons dans la suite, à titre de confirmation.

La conception que nous nous sommes faite du rhumatisme, conception qui, du reste, nous le savons, n'est pas en contradiction avec ce que pensent nombre de nos maîtres, n'est surtout pas en contradiction avec la doctrine de l'infection microbienne, doctrine qui régit ou tend à régir de plus en plus la Pathologie.

Pour nous, le rhumatisme est une affection d'origine infectieuse, absolument comparable à la grippe, qui *a de multiples localisations possibles* et dont le diagnostic n'est souvent fait qu'après qu'elle s'est manifestée sur un ou plusieurs organes. Il y a la grippe à forme pul-

monaire, la grippe à forme intestinale, etc., etc., comme nous croyons qu'il y a le rhumatisme à forme articulaire, le rhumatisme à forme cardiaque, etc., etc. Nous allons plus loin. On n'a pas plus le droit de faire du rhumatisme articulaire, parce qu'il est plus fréquent, le type de la maladie *rhumatisme*, que l'on aurait le droit de faire de la grippe pulmonaire le type de la maladie *grippe*, parce que la manifestation pulmonaire est la plus souvent observée. Il y a une fièvre ou infection rhumatismale, comme il y a une fièvre ou infection grippale.

« C'est une entité morbide spéciale, disait déjà E. Besnier, comprenant dans ses limites étendues et mal circonscrites en certains points, des déterminations organiques nombreuses et variées qui ont pour siège essentiel le tissu lamineux et l'appareil locomoteur, mais qui peuvent apparaître ou se propager dans tous les organes ou appareils. »

*Apparaître d'emblée* ou se *propager*, voilà bien les deux théories en présence. La question de propagation ne fait pas de doute et trop nombreuses sont les observations que l'on pourrait fournir à l'appui de cette thèse, que, après les articulations, le cœur se prend souvent, pour que nous nous inscrivions en faux. Mais l'apparition primitive dans les organes en dehors des articulations, n'est pas, à notre avis, suffisamment mise en relief. Nous connaissons, à Paris, la femme d'un médecin qui, depuis cinq ou six ans, a eu, à plusieurs reprises, des troubles oculaires. Ces troubles ont été mis, par tous les ophtalmologistes consultés, sur le

compte de la *diathèse arthritique*. Pourquoi arthritique, alors que cette dame n'a jamais eu aucune crise articulaire, pas même un *torticolis* ou une *fièvre de croissance?* Les renseignements pris sur ce sujet ne laissent aucun doute. Pourquoi ne pas vouloir dire de suite que c'est une manifestation de l'*infection rhumatismale*, devenue chronique, nous l'admettons, mais primitive dans sa première manifestation, puisqu'elle n'a jamais été précédée, ni suivie d'ailleurs, d'aucune autre localisation.

Nous ne citons ce fait que pour mémoire, n'ayant dirigé nos recherches que sur le rhumatisme cardiaque, mais il nous semble servir à souhait l'opinion que nous émettons.

En un mot, nous croyons que l'on peut être rhumatisant et même que l'on peut avoir une crise de rhumatisme sans avoir jamais eu et sans avoir jamais, par la suite, de manifestations du côté des articulations.

Ce que l'on appelle rhumatisme articulaire aigu est une maladie polymorphe qui, après avoir débuté par des signes généraux constants, se localisera sur un appareil, de préférence l'appareil locomoteur, parce que celui-ci est plus riche en tissus fibreux, mais qui pourra se montrer *primitivement* partout où le tissu fibro-conjonctif jouera un certain rôle et sera plus directement en contact avec le sang, agent principal de transmission de l'élément microbien pathogène. (Fuller.)

Chomel, en 1813, admet bien que l'inflammation d'un viscère peut s'observer en même temps qu'une attaque de rhumatisme, la précéder ou lui succéder,

mais il n'admet pas qu'on confonde ces deux affections ; mais bientôt Bouillaud vint et démontra que le rhumatisme ne se bornait pas à envahir les tissus fibreux périarticulaires, mais qu'il pénétrait réellement dans l'articulation et que les phlegmasies viscérales qui coïncident avec les arthropathies ne sont autre chose que des manifestations du même ordre.

Besnier, dans son remarquable travail sur le rhumatisme, après avoir longuement disserté sur ce que l'on doit entendre par rhumatisme et par goutte, écrit ce qui suit :

« Il est une autre dissidence, plus immédiatement grave en ce qu'elle se présente sous des apparences beaucoup moins excessives, et qu'elle apparaît défendue avec le plus grand talent, dans quelques-uns des traités classiques les plus récents et les plus populaires de la France et de l'étranger. On tend manifestement, dans ces ouvrages, à limiter le rhumatisme dans l'appareil locomoteur : les *localisations* les plus positivement rhumatismales qui se produisent dans les viscères au cours même de l'arthro-rhumatisme ne sont envisagées que comme des *complications* et la qualification rhumatismale n'est accordée qu'aux seules affections qui coïncident ou alternent avec les manifestations régulières et communes de la maladie rhumatismale. Cet exclusivisme est spécieux, mais ne saurait satisfaire aux conceptions légitimes de ceux à qui l'observation de la vie pathologique entière des malades, et l'étude des séries héréditaires consanguines, ont démontré l'existence des liens qui rattachent les uns aux

autres les éléments en apparence les plus divers de cette grande famille nosologique.

De toute évidence, les manifestations viscérales qui apparaissent au cours d'un rhumatisme articulaire aigu ou chronique ne sont parfois que le résultat de coïncidences, de troubles morbides secondaires et ne constituent pas nécessairement des affections rhumatismales propres; *mais n'est-ce pas une exagération hors de propos d'en inférer que les accidents du rhumatisme articulaire aigu développés dans les séreuses et dans les viscères ne sont que des complications ?* »

Pour nous, la question nous paraît tranchée, et nous croyons que *l'erreur de ne classer parmi les rhumatisants que ceux qui ont eu une crise articulaire,* provient de ce fait que l'on a pas eu l'occasion de voir, de suivre la maladie avant la crise articulaire. Prenons, par exemple, la localisation cardiaque qui nous occupe plus particulièrement. Il est presque un axiome en médecine qu'un cœur dangereux n'est pas douloureux, pourquoi voudrait-on qu'un médecin soit appelé à ausculter un malade qui ne se plaint pas de son cœur. Il n'en est pas moins vrai que si plus tard, au cours d'une crise douloureuse, ou pour toute autre raison, le cœur vient à être examiné, on pourra découvrir des troubles ou des lésions qui seront mises sur le compte de la crise actuelle, alors qu'ils se seront produits antérieurement dans un accès de fièvre ou de malaise ou d'*affection indéfinie.*

Peut-être nous objectera-t-on qu'il est hardi, dans l'état actuel de la science, d'affirmer la nature infectieuse de cette maladie, alors que nous ne pouvons

apporter aucune confirmation bactériologique personnelle, ni même prise parmi les travaux récents. Notre réponse sera facile.

Nous avons déjà dit que notre opinion cadrait avec les idées modernes d'infection.

M. le professeur Dieulafoy ne qualifie-t-il pas cette maladie de « très probablement infectieuse » ?

Ne peut-on pas rappeler que des auteurs, comme Stoll et Kelsch, ont décrit des épidémies de rhumatismes ?

Le rhumatisme ne présente-t-il pas tous les attributs d'une maladie infectieuse microbienne ?

Si l'on ne peut pas considérer encore comme spécifiques les *microcoques* vus dans les cartilages du genou par Babes, les *monades* vues par Klebs dans les végétations de l'endocarde, non plus que les autres microbes décrits tour à tour par Mantle (1887), Lucatello, Achalme (1897), Thiroloix, cela n'implique pas qu'un de ceux-ci ne sera pas reconnu, ou un autre découvert bientôt, comme le véritable agent pathogène de cette infection.

Enfin, nous pouvons appuyer notre opinion, sur ce fait que d'autres maladies, comme la tuberculose, affection éminemment infectieuse, a été considérée comme telle bien avant la découverte du microbe.

## SYMPTÔMES GÉNÉRAUX PROPRES A CETTE INFECTION

Il est certain qu'il sera, dans bien des cas, difficile de déterminer d'une façon exacte le rapport qui existe entre la plegmasie constatée et l'infection rhumatismale, mais il n'en est pas moins vrai que, si postérieurement une poussée inflammatoire se produit dans une ou plusieurs articulations, il sera permis de conclure que le sujet était bien en puissance de cette affection, surtout si ce sujet a présenté au début de cette manifestation extra-articulaire, les signes qui permettent de déterminer l'infection rhumatismale.

Quels sont donc ces signes?

Ils sont au nombre de trois : la fièvre d'abord, des sueurs profuses et enfin un état général mauvais, grave.

La *fièvre* est constante, mais n'apparaît pas toujours soudaine et violente; quelquefois au cours d'une santé parfaite, elle se glisse insidieuse avec des variations de degré qui la font passer inaperçue pendant quelques jours, parfois quelques semaines. En même temps le

malade se trouve pris d'un coryza bientôt remplacé par une légère angine ou un peu de bronchite. Puis, si l'attaque doit débuter par l'appareil articulaire, on observe bientôt de la raideur, de la gêne, de la pesanteur et enfin de la douleur dans les régions periarticulaires. Si, au contraire, la première manifestation doit être viscérale, ou spécifions davantage, cardiaque, puisque nous ne voulons nous occuper que de cette localisation, au milieu de cette invasion fébrile le malade souffrira de palpitations, il y aura des irrégularités, des battements de cœur souvent indépendants de péricardite ou d'endocardite non encore développées. Quelle que soit la localisation, la fièvre présentera un type assez caractéristique en ce sens qu'elle n'est pas toujours en rapport avec l'intensité de la plegmasie viscérale ou articulaire. On observe bien au moment où une nouvelle jointure, un nouvel organe se prennent ou se reprennent une élévation de quelques dixièmes, mais cette température oscillera généralement entre 37°5 et 39°5 ou encore atteindra 40, sans pour cela indiquer un cas grave, pourvu que cette température soit passagère et vespérale.

On observe bien, quelquefois, des cas, mais ils sont exceptionnels, dans lesquels, au début même de l'attaque, la température s'élève à 40°. Mais ce sont des cas dans lesquels il existe une localisation précoce muqueuse ou viscerale ou bien dans lesquels plusieurs organes ou un grand nombre d'articulations sont infectées simultanément.

Dès que la crise est entrée dans la période d'état,

sauf les crises ou les rechutes possibles, la fièvre prend sa forme classique, ayant son degré le plus élevé pendant la journée et s'abaissant vers la fin de la nuit. Le caractère général de la marche des oscillations est la rémittence avec de grands écarts entre la température du matin et celle du soir.

La poussée vespérale, nous le répétons, n'a d'importance que si elle atteint un degré élevé, 40 et plus, et encore faut-il que cette élévation persiste. Elle n'est pas toujours la preuve d'une poussée viscérale quel que soit le chiffre atteint. Mais une haute température persistante est l'indice de formes malignes et d'accidents graves survenant du côté des systèmes nerveux et pulmonaires. La défervescence se fait rarement d'emblée, coïncidant parfois avec une sueur plus abondante que celles que nous allons décrire. La raison de ce mode de défervescence nous paraît être que, si l'infection générale primitive est en période de décroissance, il peut se faire, de son fait, de nouvelles poussées locales successives diverses.

Les *sueurs* jouent dans la marche clinique du rhumatisme un rôle d'une importance telle qu'elles méritent une mention toute particulière. On observe bien de la sudation dans toutes les fièvres, mais celles du rhumatisme donnent d'emblée l'idée d'une atteinte profonde portée au système nerveux.

La sueur dans cette affection est toujours très abondante, persistante et empreinte d'une odeur aigre qui est due à leur grande « acidité » (Dieulafoy).

Si on peut parfois observer une diminution de la

température consécutive à une sudation très abondante cette défervescence ne doit pas en être forcément considérée comme le résultat immédiat. Elle ne sera que passagère, la sudation étant le résultat de la maladie plutôt qu'une cause de changement dans le cours de celle-ci. Pour que la sueur soit considérée comme bienfaisante, il faut que la défervescence l'ait précédée, impuissante qu'elle serait à produire cet abaissement de la température. Bien plus, on peut chez les rhumatisants modérer la transpiration soit par des bains, soit par des lotions, voire même la supprimer complètement à l'aide de l'atropine, non seulement sans aggraver la situation des malades, mais au contraire en produisant une amélioration et un soulagement parfois considérable. (Besnier.)

La conséquence de cette sudation, abondante toujours, est la production dans un grand nombre de cas d'éruptions cutanées diverses, sudamina, miliaire, etc. Mais ces éruptions n'ont absolument rien de spécifique et appartiennent à toutes les affections qui s'accompagnent de sueurs et d'hyperthermie. Elles n'impliquent d'ailleurs aucun caractère bienfaisant pour le malade qui, à notre avis, éprouverait un bien plus grand bénéfice d'une diurèse abondante. Les sueurs ne doivent donc pas être provoquées.

*L'état général* dans le rhumatisme est toujours affaibli et même dans les cas bénins, paraît grave. La pâleur du visage indique une rapide et grande diminution des globules rouges du sang. Il se crée une anémie rhumatismale qui se traduit par un souffle cardia-

que qu'il ne faut pas confondre avec le souffle mitral, signe de la localisation cardiaque.

Les urines sont rares, foncées, riches en urée et en urates, souvent albuminuriques. L'appétit est toujours diminué ; la langue est toujours blanche quoique humide. La constipation est la règle quoique l'on constate souvent de la diarrhée, alors très abondante, « véritables sueurs intestinales », dit Peter. Il y a rarement de la céphalalgie et le malade à moins de localisations cérébrales, conserve toute sa lucidité d'esprit. Les épistaxis sont fréquentes soit au début, soit dans le cours de l'attaque de rhumatisme (Dieulafoy).

Nous avons fait entendre dans ce qui précède que notre opinion bien formelle est que l'on peut être un rhumatisant sans crise articulaire. Nous pouvons maintenant dire que beaucoup d'individus sont rhumatisants sans s'en douter, bien qu'ayant subi déjà l'atteinte de cette infection sur un organe interne. Nous allons plus loin, peut-être ces individus ne sauront-ils jamais qu'ils sont rhumatisants, si une nouvelle crise à localisation articulaire visible, en quelque sorte, sensible cette fois, ne vient trop cruellement le leur démontrer. C'est qu'ils ont été touché d'une façon latente, les accidents généraux qu'ils auront eu à supporter auront été pris pour l'effet de toute autre cause. Seul le criterium articulaire aura fait défaut.

C'est qu'en effet, il est, de toutes les manifestations rhumatismales, la plus fréquente, la plus habituelle, celle qui évolue au milieu du plus grand fracas.

Mais qu'on nous permette de le dire, c'est aussi de toutes, la plus banale, la moins intéressante et la moins importante parce que la plus fugace et la plus curable.

Que reste-t-il en effet après une crise de rhumatisme articulaire aigu franc, sans manifestations viscérales ? Rien : tout au plus, un peu de raideur des articulations et encore cette raideur disparaît-elle assez vite. Que de personnes sont rencontrées qui disent avoir eu une crise de rhumatisme (et dans leur esprit il s'agit toujours de rhumatisme articulaire aigu), et qui ne s'en portent pas plus mal, n'ayant localisé leur infection dans aucun organe essentiel.

Voilà pourquoi nous attachons une importance incomparablement plus grande au rhumatisme cardiaque. Il est du reste, après le rhumatisme articulaire, le plus fréquent et son existence propre ou son apparition avant toute manifestation articulaire ne fait de doute pour personne. Si on ne le constate pas plus souvent c'est que l'attention du médecin n'est pas toujours appelée de ce côté ; nous l'avons signalé déjà.

Le cœur se trouve touché par l'infection parce que chez certains individus il est l'organe de moindre résistance et, si l'action du froid ou de l'humidité développent la réceptivité microbienne dans les organes, pourquoi le cœur ne commencerait-il pas à être atteint lui qui comme le dit Fuller, est plus, directement en rapport avec le sang véhicule du poison.

Pourquoi le cœur organe principal de la circulation ne serait-il pas le siège de la première manifestation rhumatismale, puisque ses valvules sont *actionnées* par des cordages fibro-musculaires comparables, en somme, aux tissus fibro-musculaires qui assurent les mouvements des articulations, puisque la fonction circulatoire

est la première touchée par le froid qui développe au point de moindre résistance cette fièvre angéiothermique (ancien style), de Pinel, rappelée dans la thèse de Hallez.

Il nous semble inutile de répéter les raisons qui militent en faveur de notre opinion et nous nous séparons complètement de M. Huchard qui, dans toutes les manifestations cardiaques, ne voit qu'une complication d'un rhumatisme articulaire, à forme quelquefois bénigne, et souvent antérieure de beaucoup à la lésion du cœur.

« Chez l'enfant, dit-il, il suffit de très peu de rhumatisme pour amener la complication cardiaque. Parmi les douleurs rhumatismales souvent méconnues, je n'en retiendrai que deux, particulièrement fréquentes dans l'enfance et que d'ordinaire les familles considèrent comme insignifiantes. Tout d'abord il y a *le torticolis* qui peut être d'origine articulaire ou musculaire. A ce dernier point de vue, chez l'enfant, le rhumatisme peut être simplement limité à quelques articulations cervicales et se compliquer d'endo-péricardite. Dans le torticolis musculaire les mouvements et la pression augmentent la douleur ; la fièvre n'existe pas, et dans la plupart des cas, la résolution rapide, en quelques jours, est la terminaison de cette affection rhumatismale assez fruste. Sans vouloir entrer dans la discussion des diverses variétés du torticolis, je répète que cette affection, bénigne en soi, dont les parents ne s'inquiètent guère, est parfois la manifestation symptomatique d'un rhumatisme localisé aux articulations des vertèbres cervicales. D'autre part le torticolis muscu-

laire peut être considéré comme le lombago des enfants et doit reconnaître une origine analogue.

Une autre forme méconnue du rhumatisme est le syndrôme vague que l'on appelle *douleurs de croissance*, etc. Or, souvent, dans ces arthralgies de l'adolescence il faut voir une manifestation rhumatismale méconnue. »

Et plus loin, M. Huchard, rappelant l'observation d'un enfant de 12 ans, qui avait éprouvé subitement une douleur au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, dit qu'en même temps qu'il observait une tuméfaction légère de l'articulation accompagnée de fièvre atteignant 38°4, il remarqua à l'auscultation un frottement péricardique très net avec légère endocardite, tandis qu'il constatait une légère oppression et une douleur vague du côté gauche du thorax.

M. Huchard en conclut que ces cas bénins sont satisfaisants pour expliquer la complication cardiaque. Pour nous, nous disons que le rhumatisme cardiaque a évolué en même temps que le rhumatisme articulaire, que peut être même il l'a précédé, qu'enfin l'infection a très bien pu frapper simultanément le cœur et l'articulation tibio-tarsienne. Pourquoi ? Nous ne saurions le dire ; mais lorsqu'il s'agit d'infection, le choix des localisations nous échappe souvent et nous sommes toujours, en fin de compte, pour masquer notre ignorance, contraints de recourir à cette théorie du *locus minoris resistentiæ*. D'autant que dans l'état actuel de la science le microbe pathogène de cette infection demeure inconnu, qu'il est en conséquence impossible de le sui-

vre dans son évolution, de déterminer son lieu d'élection et par suite la raison d'être de ses migrations.

Contentons-nous donc de la simple observation clinique de son développement sur le cœur et voyons les troubles qu'il peut y faire naître, soit qu'il s'y installe primitivement, soit qu'il y réveille son pouvoir infectieux.

La manifestation cardiaque la plus ordinaire est l'endocardite, mais une endocardite mitrale, les valvules sigmoïdes aortiques étant rarement atteintes. Cette endocardite quand elle est primitive débute brusquement ou évolue rapidement. Quant au contraire elle est simultanée ou postérieure à une crise à forme articulaire, elle s'installe insidieusement et se transforme facilement en une endocardite chronique à évolution lente et latente qui ne donne parfois, qu'après plusieurs années, naissance aux terribles accidents des lésions mitrales, l'Asystolie et ses conséquences.

Ce n'est que très rarement comme le fait remarquer M. Dieulafoy, que l'endocardite revêt les allures terribles de l'endocardite emboligène ou de l'endocardite ulcéreuse infectieuse.

La péricardite d'origine rhumatismale s'accompagne rarement d'épanchement. Elle est souvent associée à la pleurésie qui, elle, peut présenter un épanchement. La péricardite isolée et légère ne présente pas de gravité, la péricardite intense avec épanchement ou associée à la pleurésie est redoutable (Dieulafoy).

Nous avons toujours dit que la péricardite ou l'endo-

cardite pouvait apparaître avant la manifestation articulaire, d'autres fois la lésion cardiaque lui est postérieure mais il a été observé que jamais dans le rhumatisme, il n'y a disparition d'une lésion par l'apparition d'une poussée infectieuse sur un autre point.

De plus la préexistence de l'infection cardiaque n'exerce pas d'influence marquée sur la marche, sur l'intensité et sur la durée de l'infection articulaire.

Nous ne pouvons nous étendre davantage sur la description clinique du rhumatisme cardiaque. Les observations que nous allons publier démontreront plus qu'une discussion théorique la vérité que nous avons voulu défendre dans cette thèse inaugurale, à savoir que le *rhumatisme tout court*, infection générale, entité morbide particulière, peut frapper primitivement tous les organes et plus particulièrement le cœur et que l'on ne doit pas considérer ces localisations comme des conséquences, des complications du rhumatisme articulaire aigu qui n'en est lui-même qu'une simple manière d'être.

## OBSERVATIONS

### Observation II

*Hôpital de la Charité. Service de M. Bernutz (1882).*

F.. , cocher, 45 ans, entré à l'hôpital de la Charité, service de M. Bernutz, au mois de juillet 1883.

C'est la deuxième fois qu'il demande son admission. Neuf mois auparavant, il y était resté vingt-six jours pour une pneumonie franche aiguë. Son observation retrouvée, ne signale rien de particulier, si ce n'est qu'il est alcoolique avéré et que sa pneumonie paraît avoir pour cause un refroidissement survenu à la suite d'une ondée. Toutefois on y lit deux phrases qui ont une grande importance ponr le point de vue qui nous occupe : « Pas d'albumine — rien au cœur. »

Il entre à l'hôpital en 1883, parce qu' « il ne peut plus souffler ». Dès qu'il marche ou qu'il fait un effort, soit pour relever son cheval, soit pour charger une malle, il est obligé de s'appuyer et il est près d'un quart d'heure à retrouver sa respiration. Ces malaises n'existent que depuis quinze jours et il en marque ainsi le début : « un soir qu'il était allé au bain froid ». Depuis le mal n'est allé qu'en empirant.

Ses antécédents personnels se réduisent à cette pneumonie de l'année précédente. Il ne se souvient pas avoir jamais été malade autrement.

Son père est mort « d'un rhumatisme au cœur », — sa mère de la poitrine. Il a une sœur qui est mariée et bien portante. Le malade est examiné. A l'auscultation de l'appareil pulmonaire, on constate une diminution notable du murmure vésiculaire à gauche avec matité très marquée, mais localisée à la partie tout à fait inférieure du poumon. Le malade a dû faire une pleurésie passée inaperçue, car il dit ne pas s'être arrêté, et récente car son observation de l'année précédente ne signale pas cette affection.

L'examen du cœur donne à la palpation une zône très étendue de matité avec un léger soulèvement de la cage thoracique dans la région précordiale ; à l'auscultation les bruits du cœur sont sourds, voilés et manifestement séparés de l'oreille par une couche de liquide. On peut entendre, mais très peu distinctement, un bruit de souffle au premier temps à la pointe.

L'état général est d'ailleurs mauvais. Le malade a de la fièvre. T. : 39°. Il y a de l'albumine dans ses urines et la face présente une teinte jaunâtre presque cachectique. Il a, la nuit, depuis une douzaine de jours, d'abondantes sueurs et ne mange plus.

On lui applique un vésicatoire sur le côté gauche et 40 ventouses sèches sur la poitrine en avant. On en scarifie quatre sur la région précordiale.

Dans les trois ou quatre jours suivants, l'épanchement péricardique paraît avoir un peu diminué, car on perçoit mieux les bruits du cœur et le souffle mitral, mais la température n'a pas baissé, et le cinquième jour le malade commence à se plaindre de douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne gauche. On lui donne de la quinine et on entoure

la jointure malade d'ouate, après une onction au Bæume Tranquille.

Deux jours après, le genou du côté opposé se gonfle et devient douloureux. Le régime lacté mixte, jusque là, est prescrit intégral et on donne au malade de l'iodure de potassium.

La température reste élevée, les sueurs continuent à être abondantes et, successivement, on voit les articulations suivantes se prendre dans l'ordre : Genou droit, coude droit, épaule gauche, gros orteil droit. Puis après deux mois et huit jours la dernière articulation, le poignet gauche, fut envahie, et au mois de novembre, c'est-à-dire 4 mois après son entrée, le malade put sortir de l'hôpital, guéri de ses manifestations articulaires, de sa poussée albuminurique, de son épanchement péricardique, mais conservant toujours son souffle de la pointe.

*Réflexions.* — Les manifestations articulaires ont été, dans cette observation, beaucoup plus prononcées que dans la première, mais il n'en reste pas moins acquis que le rhumatisme a frappé tout d'abord l'appareil cardio-pulmonaire.

L'infection n'étant pas épuisée s'est ensuite manifestée d'une façon intense du côté des articulations chez un individu qui, depuis de longues années, exposé sur son siège à toutes les intempéries se trouvait, quant à ses membres, exposé à une réceptivité toute particulière.

### Observation III

*(Dr Bernard.)*

Mme M..., 32 ans, employée dans un grand magasin de nouveautés, a toujours été bien portante jusqu'au moment de son mariage.

Son enfance, qu'elle a passée à la campagne, n'a été troublée que par la coqueluche et par « une fluxion de poitrine ?» à l'âge de 7 ans.

Elle est venue habiter Paris à l'âge de 14 ans, déjà réglée. Elle s'est mariée à l'âge de 18 ans, n'a jamais eu d'enfants ni de fausse couche. Elle est entrée dans le magasin où elle travaille depuis deux ans seulement, auparavant elle restait chez elle, mais des revers de fortune l'ont obligée à travailler. Il y a deux mois elle vint voir son médecin et lui raconta qu'elle s'était trouvée mal et que le praticien qu'on avait envoyé chercher en toute hâte lui avait conseillé de quitter la nouveauté où elle se fatiguait beaucoup trop et où elle pourrait contracter une maladie de cœur. Elle n'avait jamais été malade, mais se rappelle avoir eu, une quinzaine de jours environ avant cette syncope, pendant la nuit, un accès de fièvre avec sueurs abondantes. Elle raconte que le lendemain, malgré la courbature qui persistait, elle fut obligée d'aller au magasin et qu'elle travailla toute la journée et les jours suivants sans éprouver autre chose que de la fatigue et de l'essoufflement. Elle avait à peu près oublié cette fièvre et cette sueur et ne mettait la syncope et sa fatigue générale que sur le compte du manque d'appétit qui existait depuis ce moment.

L'examen auquel fut soumise la malade par son médecin habituel révéla du côté du cœur un souffle doux au premier

temps, à la pointe. Ce bruit de souffle ne fut pas pris tout de suite pour un signe de lésion mitrale. Etant donné l'état anémié de la malade, état qui s'était formé somme toute rapidement, le diagnostic de souffle anémique fut formulé et la malade fut renvoyée chez elle avec une ordonnance prescrivant le repos à la chambre et une préparation ferrugineuse tonique. De petits accès de fièvre, légers, survenaient tous les soirs mais, la fatigue et la faiblesse, l'anémie en un mot, furent toujours incriminées sans que jamais l'idée d'une cause infectieuse vint à l'esprit du médecin traitant. Quatre jours après le médecin fut rappelé et se trouve en présence d'une crise de rhumatisme articulaire aigu tout à fait définie. Depuis l'avant-veille les articulations des genoux étaient prises. La tuméfaction s'étendait surtout aux tissus périarticulaires et la douleur rayonnait en couronne.

L'articulation n'était cependant pas encore envahie, les mouvements ne provoquaient pas encore cette énorme sensibilité que l'on constate quelques jours après.

L'épaule droite se prit ensuite et successivement le rhumatisme envahit le coude gauche, l'articulation carpo-métacarpienne du coude gauche et celle du poignet droit.

Ces poussées successives évoluèrent en cinq semaines. Les accidents généraux qui avaient fait leur apparition dès le début s'amendèrent et après une convalescence de trois semaines la malade reprit son service malgré les conseils qui lui étaient donnés de se reposer un peu plus longtemps.

Elle avait conservée la pâleur des rhumatisants et son souffle cardiaque qui était bien un souffle d'insuffisance mitrale et persistait dans toute son ampleur.

Cette malade qui est encore surveillée par son médecin, a le soir, les jambes enflées, mais ne veut pas quitter son travail de peur de perdre sa place.

*Réflexion.* — Il serait difficile de nier que cette malade, dès la nuit où elle eut son accès de fièvre et ses sueurs abondantes, ne subit pas l'atteinte de l'infection rhumatismale. Cette invasion, quoique brusque, a suivi une marche bénigne et, certainement, si la manifestation articulaire n'était survenue quelque temps après pour faire la lumière sur le diagnostic, il est certain que la malade n'eût pas été de sitôt classée parmi les rhumatisants. Et cependant !... sa localisation cardiaque a été d'une netteté parfaite, elle s'est clairement manifestée d'emblée avant que tout criterium articulaire se soit montré. Elle est une nouvelle preuve de l'infection agissant primitivement sur un organe, le cœur qui reste atteint touché, alors que les autres manifestations rhumtismales fugaces ont déjà depuis longtemps disparu.

### Observation IV

*(Dr Pignol.)*

Mlle B..., 30 ans, couturière. Les antécédents héréditaires démontrent une souche arthritique. On y trouve un père hémorrhoïdaire, une mère sujette à de fréquentes migraines.

Bien qu'âgée de 30 ans seulement, elle a une tendance à l'obésité que sa profession sédentaire explique d'ailleurs. Elle travaille beaucoup et se nourrit mal.

Le 21 février 1901 elle fut prise de fièvre, de malaise général compliqué d'un léger mal de gorge.

Le 23 elle éprouve des sensations d'étouffement et souffrit de palpitations de cœur. Elle vint voir son médecin qui

constata un affaiblissement marqué des bruits cardiaques, avec irrégularité, souffle à la pointe, doux et passager.

Le 25, douleur et gonflement de l'épaule droite, puis du coude.

Les jours suivants toutes les articulations furent prises, les signes cardiaques se précisaient et on constata une insuffisance mitrale bien nette.

Actuellement, 11 octobre 1901, M^lle B..., est en état d'hypoasystolie, œdénie vespéral, dyspnée au moindre effort, troubles digestifs.

Avant son attaque de rhumatisme, aucune lésion du côté du cœur n'avait été constatée malgré de nombreux examens qu'avaient nécessité son état dyspeptique et des palpitations survenues.

*Réflexion.* — La rapidité avec laquelle les accidents articulaires sont apparus après les premiers malaises cardiaques diminue un peu la valeur que nous voulons donner à cette localisation cardiaque d'emblée. Nous ne nous cachons pas que l'on pourrait objecter que les manifestations articulaires étaient déjà en voie de préparation, lorsque le cœur était seulement en cause. Nous répondrons toutefois que si deux jours seulement se sont écoulés il n'en est pas moins vrai que le premier organe atteint a été le cœur, et que si cette manifestation cardiaque a été presque contemporaine des accidents articulaires, elle a été néanmoins assez précoce pour ne pas venir contredire notre opinion à savoir que le cœur n'est pas toujours pris secondairement. Dans cette observation, du reste, il paraît avoir été surtout atteint. Seule de toutes les manifestations, la localisation mitrale persiste, grave.

## CONCLUSIONS

I. — La fièvre rhumatismale étant une infection peut, comme telle, frapper *primitivement* les viscères et en particulier le cœur.

II. — La manifestation articulaire, quand elle survient, est un criterium qui confirme le diagnostic.

III. — Il n'est pas nécessaire d'invoquer une manifestation rhumatismale bénigne de l'enfance pour expliquer la localisation cardiaque primitive chez l'adulte : l'infection suffit.

---

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : le Président de la Thèse,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


Ball. — Rhumatisme viscéral. *Thèse d'agrégation* (Paris, 1866).

Béhier — Traité de Pathologie interne.

Besnier (Ernest). — Art. Rhumatisme, *in Dictionnaire des Sciences médicales.*

Bouchard. — Maladies par ralentissement de la nutrition.

Bouillaud. — Traité clinique du Rhumatisme articulaire aigu.

Dieulafoy. — Manuel de Pathologie interne.

Fernet. — Du Rhumatisme articulaire aigu et de ses différentes manifestations.

Ferraud. — Exanthèmes du Rhumatisme. *Thèse de Paris*, 1892.

Fuller. — On Rhum. gout. and sciatica.

Hallez. — Local. rhum. qui peuvent précéder les local. artic. *Thèse de Paris*, 1869.

Hardy. — Traité de Pathologie interne.

Jaccoud. — Art. Endocard. *Dictionnaire de Médec. et Chirurg.*

Jaccoud. — Cliniques médicales.

Kelsch. — Traité des maladies épidémiques.

Taylor. — Médic. chirurg. transact.

Triboulet. — Bactériologie du Rhumatisme articulaire. *Congrès de Paris*, 1900

Trousseau. — Cliniques médicales.

# TABLE DES MATIÈRES


| | Pages |
|---|---|
| Avant-Propos. | 7 |
| Observation I (Exposé de la Thèse). | 9 |
| Analyse de l'Observation I. | 14 |
| De l'infection rhumatismale en général | 16 |
| Symptômes généraux propres à cette infection | 23 |
| Considérations sur la localisation cardiaque | 28 |
| Observation II | 34 |
| Observation III | 37 |
| Observation IV | 39 |
| Conclusions | 41 |
| Index bibliographique | 42 |
| Table | 43 |


Imp. de la Faculté de Médecine. — L. BOYER, 15, rue Racine, Paris.